



아동 의료 혜택 신청서



이 신청서는 아동과 19세 미만의 십대를 위한 의료혜택 신청서입니다. 부모, 보호자, 사회봉사자, 친구, 십대는 자신의 신청서를 스스로 작성할 수 있습니다. **추후 정보는 제 1 내모칸에 기재된 사람에게 우송해 드릴 것입니다.** 질문이 있으시거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면 1-877-543-7669로 전화하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다!

인쇄체로 기입하십시오. (추후 정보를 받을 부모, 보호자 혹은 연락처)

1 이름	가운데 이름 첫글자 성			
2 거주지 주소	도로명	시	주	우편번호
3 우편물 우송 주소(상기와 다를 경우)	도로명	시	주	우편번호
4 전화번호 자택 () 직장 () 메시지 ()	5 영어를 구사하고 읽고 쓰는 데 어려움이 있습니까? 한국 어로 된 자료를 원하십니까? 통역관이 필요하십니까? ("예"라면 통역관을 통해 도와드리게 됩니다.) 사용 언어를 기입하십시오. 6 등기 가족 중에서 임신한 사람이 있습니까? "예"라면 임산부의 이름을 기재하십시오. 19세 미만의 자녀로 서 진료/치료를 즉시 필요로 하는 아동이 있습니까?			
	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>

신상정보

7 등기 가족명을 기입하십시오. (가족 인원을 기재할 여백이 더 필요할 경우 용지를 추가하십시오.)						
성명 (이름, 가운데 이름, 성)	신청자와의 관계	생년월일 (월/일/년)	소설시큐리티 번호 * = 공개 의무는 없음	성별 남/여	미시민권 소지 여부 예 아니오	시민권자가 아닌 자녀일 경우 아래를 완성하십시오.
A. 부/모, 보호자 혹은 신청자 본인			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	자녀의 신분상태를 임증할 수 있는 서류가 있습니까? 예 아니오
B. 배우자 혹은 상기에 기재되지 않은 한 쪽 부/모(자택에 살고 있을 경우)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	자녀의 미국 입국 일자를 기재하십시오. 예 아니오
C. (의료혜택을 원하는) 19세 미만의 자녀를 기재하십시오.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 등기인 이지만(의료혜택을 원하지 않는) 성인이나 자녀가 있으면 기재하십시오.			*		주: 자녀의 신분을 입증 할 수 있는 서류를 첨부하십시오.	
8 자택에 거주하는 19세 미만의 자녀로서 장애인이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> "예"라면 해당 자녀의 성명을 기재하십시오.			*			

지출 비용 이 정보는 자녀의 의료혜택 자격에 도움을 줄 수 있습니다.

9 직장에 나가는 동안 지불하는 탁아비가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____
직장에 나가는 동안 장애 성인을 위해 지불하는 비용이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____
10 등기 중인 아닌 자녀를 위해 법원 명령으로 지불하는 양육비가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____

소득 총소득을 기재하십시오.(세금 혹은 비용 공제 전)

11 부/모의 직장명과 전화번호 ()	기타 가족 구성원의 소득 15 자녀 양육비 16 별거수당 17 사회보장금 18 실직수당 19 투자수입/이자/배당금 20 재향군인수당 21 산업재해수당 22 군인수당 23 기타수당(설명 요) 24 A 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 밀린 의료비가 있습니까? B 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	지난 30일간의 수령 금액 \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	이 소득의 주인
12 지난 30일간의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? \$	16 별거수당 17 사회보장금 18 실직수당 19 투자수입/이자/배당금 20 재향군인수당 21 산업재해수당 22 군인수당 23 기타수당(설명 요) 24 A 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 밀린 의료비가 있습니까? B 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	
13 배우자 혹은 상기에 기재하지 않은 부/모(동거할 경우)의 직장명과 전화번호 ()	19 투자수입/이자/배당금 20 재향군인수당 21 산업재해수당 22 군인수당 23 기타수당(설명 요) 24 B "예"일 경우, 당국이 검토해 주길 원하는 달들(months)에 대해 가족 전 구성원의 소득 명세서 사본을 송부해 주십시오.	\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	
14 지난 30일간의 배우자(혹은 자택에 살고 있는 부/모)의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? \$	22 군인수당 23 기타수당(설명 요) 24 A 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 밀린 의료비가 있습니까? B 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	
*신청자나 신청자의 배우자(자택에 살고 있는 한 폭 부/모)가 자영업을 하고 있을 경우, 기타 공제금이 받을 수 있습니다. 더 자세한 내용이나 신청서 작성에 도움이 필요하시면 1-877-KIDS-NOW로 전화하십시오.			

의료보험 정보

자녀(들)에게 이미 다른 의료보험이 있을 경우 기재하십시오.

25 A 신청 아동 중에 다른 의료보험을 갖고 있는 자녀가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	25 B "예"라면 해당 의료보험으로 의사, 병원, x-레이(방사선과), 실험실 등을 의료혜택 으로 받을 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 A 귀자녀는 지난 4개월 내에 직장의료보험으로 의료혜택을 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 B "예"일 경우, 부양 가족에 대한 월보험료는 50달러 미만 이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
27 위의 질문 중에서 "예"라고 답한 항(25 a, b 혹은 26 a, b)이 있으면 아동이 이용하는 해당 의료보험명이나 아동의 의료보험을 제공하는 직장명(고용주)을 기재하십시오.			
의료보험회사 혹은 고용주	의료보험 약관 번호	의료보험 가입자명	의료보험 가입자 소셜시큐리티 번호 (경기 의무는 없음)

아동의 인종/민족 배경 (정보 제공 의무는 없음)

문제가 되지 않으시면 자진해서 귀자녀의 인종 혹은 민족 배경을 알려 주시길 부탁드립니다. 이 정보는 의료혜택 자격 여부 파악에 사용되지는 않습니다.	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 혹은 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 혹은 태평양 섬주민	<input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 흑인 혹은 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스페닉 혹은 라틴어계
보건사회부에서 관할하는 모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지되어 있습니다. 아무도 해당인의 인종, 민족, 신념, 정치적신념, 국적, 종교, 연령, 성별 혹은 장애 여부로 인해 이들 프로그램과 활동에 차별화되는 행위를 허용하지 않습니다.			

주의해서 읽은 후 서명하십시오

이 신청서는 아동 의료혜택 신청서입니다. 가족 구성원 중에서 보조금, 식품지원 혹은 기타 혜택을 이미 받고 있거나 신청 학길 원하는 사람은 지역의 보사부(DSHS) 사무처(CSO)로 연락하십시오.

- 귀하에게 자격이 있을 경우, DSHS에서는 제공된 정보에 대한 입증 서류를 요구할 수 있습니다. 입증 서류 입수에 대한 도움은 DSHS로 문의하십시오.
- 귀하에 대한 정보는 다른 주나 연방 기관에서 검토할 수 있습니다. 이 정보는 이민귀화국(INS)에 공개되지는 않습니다.
- 의료혜택을 신청하고 가입될 경우, 모든 의료지원 및 제 삼자 의료비 지불 등에 대한 귀하의 권리와 책임에 대한 주정부에게 양도함을 의미합니다.
- DSHS에서는 귀자녀의 예방접종 기록부를 Child Profile Immunization Tracking System(아동 예방접종 추적 확인 제도)에 공개할 수 있습니다.

신서와 서명 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽었으며 이를 이해하였습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 바로는 진실하며 정확하게 완성되었음을 선언합니다.	신청자의 서명 X _____ 날짜 _____
--	-----------------------------

신청서 제출 방법

우편: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449 	전화: 도움이 필요하거나 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오. 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
--	--